

第2期千葉県循環器病対策推進計画

目次

第1章 総論（基本方針・現状・課題）	- 1 -
第1節 計画策定に当たって	- 1 -
1 計画策定の趣旨	- 1 -
2 計画の期間	- 1 -
第2節 基本方針及び全体目標	- 2 -
1 基本方針	- 2 -
2 全体目標	- 2 -
3 ロジックモデル	- 3 -
第3節 循環器対策の総合的かつ計画的な推進について	- 10 -
1 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化	- 10 -
2 計画の推進体制と評価方法	- 10 -
3 新型コロナウイルス感染症を踏まえた対策	- 10 -
第4節 千葉県の基礎データ	- 11 -
1 人口構造	- 11 -
2 死亡数と死亡率の推移（全体）	- 14 -
3 受療率（全体）	- 15 -
4 健康寿命	- 15 -
第5節 千葉県の地域特性	- 17 -
1 二次保健医療圏とは	- 17 -
2 二次保健医療圏ごとの医療機関の配置	- 17 -
3 二次医療圏ごとの高齢化	- 17 -
4 昼夜間人口比率	- 19 -
第6節 循環器病に関する状況	- 20 -
1 患者数	- 20 -
2 受療率	- 21 -
3 死亡率の推移	- 22 -
4 年齢調整死亡率	- 23 -
5 主要死因における循環器病の割合	- 25 -
6 介護が必要になった主な原因と循環器病	- 28 -
7 循環器病の治療に関わる医療従事者の状況	- 29 -
8 救急搬送の状況	- 34 -
第7節 各疾患の現状	- 38 -
1 脳卒中とは	- 38 -

2	心血管疾患とは	- 42 -
第2章	循環器病の予防・正しい知識の普及啓発	- 46 -
第1節	生活習慣と循環器病の関係についての周知	- 47 -
1	栄養・食生活について	- 47 -
2	身体活動・運動について	- 50 -
3	飲酒について	- 54 -
4	喫煙について	- 56 -
5	歯と口腔（こうくう）の健康の分野について	- 59 -
第2節	特定健診・特定保健指導による循環器病予防対策の推進	- 62 -
1	特定健診の受診、特定保健指導の実施	- 62 -
第3章	保健医療及び福祉に係るサービスの提供（脳卒中）	- 65 -
第1節	脳卒中の基本的な事項に関する周知	- 66 -
1	脳梗塞	- 66 -
2	脳出血	- 69 -
3	くも膜下出血	- 71 -
第2節	急性期（搬送）	- 73 -
1	救急搬送に関すること	- 73 -
2	県民啓発に関すること	- 79 -
第3節	急性期（治療）	- 81 -
1	急性期治療に関すること	- 81 -
第4節	回復期	- 86 -
1	脳卒中リハビリテーションについて	- 86 -
第5節	地域生活期（維持期）（再発予防・生活の質の向上等）	- 90 -
1	在宅療養が可能な環境の整備について（医療と介護の連携）	- 90 -
2	リハビリテーション等の取組・後遺症を有する者に対する支援について	- 93 -
3	就労支援等の患者支援について	- 95 -
第4章	保健医療及び福祉に係るサービスの提供（心血管疾患）	- 98 -
第1節	心血管疾患の基本的な事項に関する周知	- 99 -
1	心不全	- 99 -
2	不整脈	- 102 -
3	心臓弁膜症	- 105 -
4	虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）	- 106 -
5	大動脈緊急症（急性大動脈解離、大動脈瘤（りゅう）破裂）	- 108 -
6	末梢（まっしょう）動脈疾患	- 110 -
7	先天性心疾患	- 111 -

第2節	急性期（搬送）	- 113 -
1	救急搬送に関する事	- 113 -
2	県民啓発に関する事	- 119 -
第3節	急性期（治療）	- 122 -
1	急性期治療に関する事	- 122 -
第4節	リハビリテーション	- 127 -
1	心臓リハビリテーションについて	- 127 -
2	入院時心臓リハビリテーションの実施状況について	- 130 -
第5節	地域生活期（維持期）（再発予防・生活の質の向上等）	- 133 -
1	慢性心疾患について	- 133 -
2	在宅療養が可能な環境の整備について（医療と介護の連携）	- 135 -
3	外来心臓リハビリテーションについて	- 137 -
4	就労支援等の患者支援について	- 139 -
5	小児期・若年期からの配慮が必要な循環器病への対応について	- 142 -
第5章	感染症発生・まん延時や災害時等の有事を見据えた医療提供体制	- 144 -

第1章 総論（基本方針・現状・課題）

第1節 計画策定に当たって

1 計画策定の趣旨

脳卒中、心臓病その他の循環器病（以下「循環器病」という。）は、千葉県における主要な死亡原因となっています。循環器病には、虚血性脳卒中（脳梗塞）、出血性脳卒中（脳内出血、くも膜下出血など）、一過性脳虚血発作、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞など）、心不全、不整脈、弁膜症（大動脈弁狭窄症^{さく}、僧帽弁逆流症など）、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤^{りゅう}など）、末梢血管疾患、肺血栓栓症、肺高血圧症、心筋症、先天性心・脳血管疾患、遺伝性疾患等、多くの疾患が含まれます。

令和4年の人口動態統計によると、心疾患は千葉県の死亡原因の第2位（15.8%）、脳血管疾患は第4位（6.8%）であり、両者を合わせると、悪性新生物（がん）に次ぐ死亡原因となっており、年間1.6万人以上の県民が亡くなっています。

また、介護が必要となった主な原因に占める割合は、脳血管疾患が第2位（16.1%）、心疾患が第7位（5.1%）であり、両者を合わせると21.2%と最多となっており、循環器病は県民の生命や健康的な生活に重大な影響を及ぼす疾患となっています。

こうした現状に鑑み、誰もがより長く元気に活躍できるよう、健康寿命の延伸等を図り、あわせて医療及び介護に係る負担の軽減に資するため、予防や医療及び福祉に係るサービスの在り方を含めた幅広い循環器病対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、平成30年12月に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法（以下「基本法」という。）」が成立し、令和元年12月に施行されました。

基本法においては、国は、循環器病対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、循環器病対策の推進に関する基本的な計画（以下「国基本計画」という。）を策定することとされており、都道府県は、国基本計画を基本とするとともに、当該都道府県における循環器病の予防並びに循環器病患者等に対する保健、医療及び福祉に係るサービスの提供に関する状況、循環器病に関する研究の進展等を踏まえ、当該都道府県における循環器病対策の推進に関する計画を策定しなければならないとされています。

これらの状況を受け、県民一人ひとりが地域において安心して生活できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保や、医療・介護サービスの連携、総合的な健康づくりの実現を目指して、千葉県循環器病対策推進計画（以下「県推進計画」という。）を策定し、取組を推進してまいります。

2 計画の期間

令和6年度から令和11年度までの6年間の計画の期間とします。

国基本計画や千葉県保健医療計画をはじめとした各種計画との整合を図るため、基本法第11条第3項の規定に基づき少なくとも6年ごとに検討を行い、必要があれば、県推進計画の改定を行うものとします。

第2節 基本方針及び全体目標

1 基本方針

千葉県では、高齢者人口の急増が見込まれており、疾病構造は大きく変化し、医療需要の増加が見込まれていることから、発症予防の推進と共に、超高齢社会に対応した保健医療提供体制を充実させていく必要があります。

そのため、「千葉県保健医療計画」では、以下のとおりの基本理念を掲げ、4つの柱に沿った施策を展開しています。

○ 千葉県保健医療計画の基本理念

県民一人ひとりが、健やかに地域で暮らし、心豊かに長寿を全うできる総合的な保健医療福祉システムづくり

* 基本的施策の4つの柱

- (1) 質の高い保健医療提供体制の構築
- (2) 総合的な健康づくりの推進
- (3) 保健・医療・福祉の連携確保
- (4) 安全と生活を守る環境づくり

県推進計画においては、千葉県保健医療計画の施策と一体的に循環器病対策を推進することとし、基本理念の実現に向けて循環器分野における県推進計画の全体目標及び各項目別の現状や課題、施策を取りまとめました。

2 全体目標

国基本計画においては、「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少」を目指すとされています。

- * 健康寿命(国)：基準年 2016年(平成28年)
男性 72.14年、女性 74.79年
年齢調整死亡率(国)：基準年 2021年(令和3年)
脳血管疾患 男性 93.7、女性 55.1
心疾患 男性 193.8、女性 110.2

このことを踏まえ、県推進計画の全体目標は、以下のとおりとします。

(1) 健康寿命の延伸

「2040年までに3年以上の健康寿命の延伸」とします。

- * 基準年 2016年(平成28年)
男性 72.37年、女性 75.17年

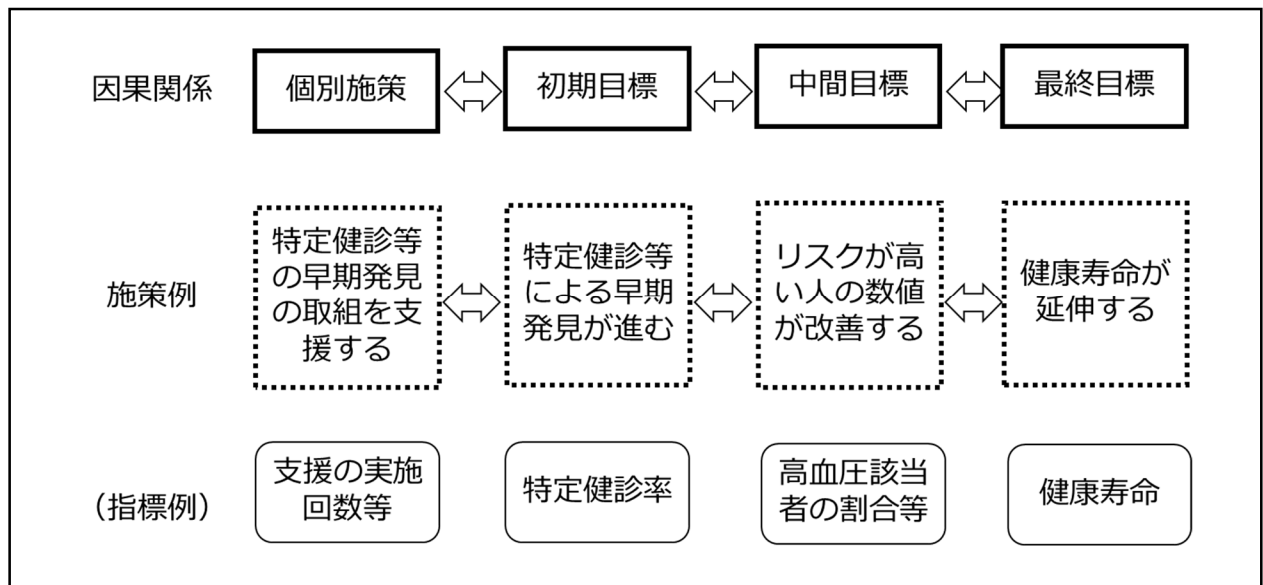
(2) 循環器病の年齢調整死亡率の減少

2029年度(令和11年度)までの目標を「減少」とします。

- * 基準年 2020年(令和2年)
脳卒中 男性 91.2、女性 55.5
心血管疾患 男性 200.2、女性 116.3

3 ロジックモデル

ロジックモデルとは、目的と施策の因果関係を示したものです。



図表 1-2-3-1 ロジックモデル

施策の効果を確保するために、最終目標の達成のための中間目標や初期目標を考えます。次に、それを計測できる指標を考えます。そしてロジックモデルの活用により、指標の数値の推移と施策の成果への効果の関係を確認しながら、必要に応じて施策の見直しを行います。

図表 1-2-3-2 ロジックモデル（目標と施策一覧表（概要版））

初期目標【施策の具体的展開】	中間目標【取組の方向性】	最終目標【千葉県の目指す姿】												
※○脳卒中・心血管疾患共通 ◇脳卒中 ☆心血管疾患														
第2章 循環器病の予防・正しい知識の普及啓発														
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="188 324 263 436">栄養・食生活</td> <td data-bbox="263 324 622 436"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 適切な食生活についての普及啓発 ○ 適切な食生活を実践しやすい環境整備の推進 ○ 県民の栄養・食生活の改善に取り組む人材の育成 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 436 263 571">身体活動・運動</td> <td data-bbox="263 436 622 571"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 身体活動・運動の効果に関する普及啓発 ○ 個人の取組を促すための多様な主体との連携 ○ 運動指導の充実と指導者の育成 ○ ロコモティブシンドローム予防のための普及啓発 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 571 263 683">飲酒</td> <td data-bbox="263 571 622 683"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒に対する教育・啓発 ○ アルコール関連問題の早期発見と早期治療 ○ 特に配慮を要する者（20歳未満の者・妊産婦）に対する教育・啓発 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 683 263 795">喫煙</td> <td data-bbox="263 683 622 795"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 喫煙（受動喫煙を含む）に関する知識の普及啓発 ○ 喫煙者の禁煙を支援 ○ 20歳未満の者の喫煙防止 ○ 妊産婦の喫煙防止 ○ 受動喫煙防止対策の推進 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 795 263 862">歯と口腔の健康</td> <td data-bbox="263 795 622 862"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 歯・口腔の健康づくりに関する知識の普及啓発 ○ 歯科口腔保健を支える環境の整備 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 862 263 963">特定健診の受診 特定保健指導の実施</td> <td data-bbox="263 862 622 963"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 特定健診等の早期発見のための取組への支援 ○ 生活習慣病の未治療者や治療中断者等に対する保健指導等の促進 </td> </tr> </table>	栄養・食生活	<ul style="list-style-type: none"> ○ 適切な食生活についての普及啓発 ○ 適切な食生活を実践しやすい環境整備の推進 ○ 県民の栄養・食生活の改善に取り組む人材の育成 	身体活動・運動	<ul style="list-style-type: none"> ○ 身体活動・運動の効果に関する普及啓発 ○ 個人の取組を促すための多様な主体との連携 ○ 運動指導の充実と指導者の育成 ○ ロコモティブシンドローム予防のための普及啓発 	飲酒	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒に対する教育・啓発 ○ アルコール関連問題の早期発見と早期治療 ○ 特に配慮を要する者（20歳未満の者・妊産婦）に対する教育・啓発 	喫煙	<ul style="list-style-type: none"> ○ 喫煙（受動喫煙を含む）に関する知識の普及啓発 ○ 喫煙者の禁煙を支援 ○ 20歳未満の者の喫煙防止 ○ 妊産婦の喫煙防止 ○ 受動喫煙防止対策の推進 	歯と口腔の健康	<ul style="list-style-type: none"> ○ 歯・口腔の健康づくりに関する知識の普及啓発 ○ 歯科口腔保健を支える環境の整備 	特定健診の受診 特定保健指導の実施	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特定健診等の早期発見のための取組への支援 ○ 生活習慣病の未治療者や治療中断者等に対する保健指導等の促進 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 県民全体の健康状態を改善する。 ○ 特定健診・特定保健指導により捕捉された発症リスクが高い県民の健康状態を改善する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 健康寿命を延伸する。 ○ 循環器病の受療率を減少する。
栄養・食生活	<ul style="list-style-type: none"> ○ 適切な食生活についての普及啓発 ○ 適切な食生活を実践しやすい環境整備の推進 ○ 県民の栄養・食生活の改善に取り組む人材の育成 													
身体活動・運動	<ul style="list-style-type: none"> ○ 身体活動・運動の効果に関する普及啓発 ○ 個人の取組を促すための多様な主体との連携 ○ 運動指導の充実と指導者の育成 ○ ロコモティブシンドローム予防のための普及啓発 													
飲酒	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生活習慣病のリスクを高める量の飲酒に対する教育・啓発 ○ アルコール関連問題の早期発見と早期治療 ○ 特に配慮を要する者（20歳未満の者・妊産婦）に対する教育・啓発 													
喫煙	<ul style="list-style-type: none"> ○ 喫煙（受動喫煙を含む）に関する知識の普及啓発 ○ 喫煙者の禁煙を支援 ○ 20歳未満の者の喫煙防止 ○ 妊産婦の喫煙防止 ○ 受動喫煙防止対策の推進 													
歯と口腔の健康	<ul style="list-style-type: none"> ○ 歯・口腔の健康づくりに関する知識の普及啓発 ○ 歯科口腔保健を支える環境の整備 													
特定健診の受診 特定保健指導の実施	<ul style="list-style-type: none"> ○ 特定健診等の早期発見のための取組への支援 ○ 生活習慣病の未治療者や治療中断者等に対する保健指導等の促進 													
第3章・第4章 保健医療及び福祉に係るサービスの提供														
(救急搬送に関する取組について)														
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="188 1030 263 1164">急性期（搬送）</td> <td data-bbox="263 1030 622 1164"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 救急医療体制の整備 ○ 現場活動時間の短縮 ○ 病院搬送時間の短縮 ○ 県民啓発の実施 ☆ 学校での救命講習の促進 </td> </tr> </table>	急性期（搬送）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 救急医療体制の整備 ○ 現場活動時間の短縮 ○ 病院搬送時間の短縮 ○ 県民啓発の実施 ☆ 学校での救命講習の促進 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 重症患者の搬送先が明確化されている。 ○ 循環器疾患を発症したら（家族・友人も含め）速やかに救急搬送を要請することができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 発症～搬送に当たり速やかに救急搬送することができる。 										
急性期（搬送）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 救急医療体制の整備 ○ 現場活動時間の短縮 ○ 病院搬送時間の短縮 ○ 県民啓発の実施 ☆ 学校での救命講習の促進 													
第3章・第4章 保健医療及び福祉に係るサービスの提供														
(脳卒中・心血管疾患)														
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="188 1232 263 1332">急性期（治療）</td> <td data-bbox="263 1232 622 1332"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 効率的な専門医療体制の構築 ○ 専門的な治療を提供する医療体制の構築 ○ 医療従事者の確保・定着 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1332 263 1467">回復期</td> <td data-bbox="263 1332 622 1467"> <ul style="list-style-type: none"> ◇ 脳卒中患者に対するリハビリテーション体制の整備 ◇ 病院間連携の推進 ☆ 心臓リハビリテーションの重要性に関する啓発 ☆ 循環器病患者に対するリハビリテーション体制の整備 ☆ 専門職の確保 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="188 1467 263 1749">地域生活期（維持期）</td> <td data-bbox="263 1467 622 1749"> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療・介護の多職種連携の促進 ○ 在宅医療・介護連携を担う従事者の増加、質の向上 ○ 市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援 ◇ 総合リハビリテーション機能の確保について ◇ 高次脳機能障害支援体制の整備 ○ 相談、情報提供体制の充実 ☆ 自己管理に係る啓発の推進 ☆ 治療のドロップアウト（中断）の防止に関する支援 ☆ 循環器病患者に対するリハビリテーション体制の整備 ☆ フレイルの予防に関する支援 ☆ （先天性心疾患患者への）移行期医療支援体制の整備 ☆ （先天性心疾患患者への）療養支援体制の充実 ☆ （先天性心疾患患者への）医療費負担に関する支援 ☆ （先天性心疾患患者への）就労や生活に関する支援 </td> </tr> </table>	急性期（治療）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 効率的な専門医療体制の構築 ○ 専門的な治療を提供する医療体制の構築 ○ 医療従事者の確保・定着 	回復期	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 脳卒中患者に対するリハビリテーション体制の整備 ◇ 病院間連携の推進 ☆ 心臓リハビリテーションの重要性に関する啓発 ☆ 循環器病患者に対するリハビリテーション体制の整備 ☆ 専門職の確保 	地域生活期（維持期）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療・介護の多職種連携の促進 ○ 在宅医療・介護連携を担う従事者の増加、質の向上 ○ 市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援 ◇ 総合リハビリテーション機能の確保について ◇ 高次脳機能障害支援体制の整備 ○ 相談、情報提供体制の充実 ☆ 自己管理に係る啓発の推進 ☆ 治療のドロップアウト（中断）の防止に関する支援 ☆ 循環器病患者に対するリハビリテーション体制の整備 ☆ フレイルの予防に関する支援 ☆ （先天性心疾患患者への）移行期医療支援体制の整備 ☆ （先天性心疾患患者への）療養支援体制の充実 ☆ （先天性心疾患患者への）医療費負担に関する支援 ☆ （先天性心疾患患者への）就労や生活に関する支援 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 専門的な治療を提供する医療体制が構築されている。 ◇ リハビリテーションの実施により脳卒中患者の機能が回復する。 ☆ 入院患者に対して質の高いリハビリテーションが提供されている。 ○ 在宅等における生活期に切れ目のない医療・介護が提供されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 循環器病による年齢調整死亡率を減少する。 ○ 健康寿命を延伸する。 ○ 循環器病を発症後も患者が住み慣れた場所で希望する生活を送ることができる。 						
急性期（治療）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 効率的な専門医療体制の構築 ○ 専門的な治療を提供する医療体制の構築 ○ 医療従事者の確保・定着 													
回復期	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 脳卒中患者に対するリハビリテーション体制の整備 ◇ 病院間連携の推進 ☆ 心臓リハビリテーションの重要性に関する啓発 ☆ 循環器病患者に対するリハビリテーション体制の整備 ☆ 専門職の確保 													
地域生活期（維持期）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療・介護の多職種連携の促進 ○ 在宅医療・介護連携を担う従事者の増加、質の向上 ○ 市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援 ◇ 総合リハビリテーション機能の確保について ◇ 高次脳機能障害支援体制の整備 ○ 相談、情報提供体制の充実 ☆ 自己管理に係る啓発の推進 ☆ 治療のドロップアウト（中断）の防止に関する支援 ☆ 循環器病患者に対するリハビリテーション体制の整備 ☆ フレイルの予防に関する支援 ☆ （先天性心疾患患者への）移行期医療支援体制の整備 ☆ （先天性心疾患患者への）療養支援体制の充実 ☆ （先天性心疾患患者への）医療費負担に関する支援 ☆ （先天性心疾患患者への）就労や生活に関する支援 													

図表 1-2-3-3 ロジックモデル（指標一覧表（概要版））



図表 1-2-3-4 ロジックモデル
(第2章循環器病の予防・正しい知識の普及啓発)



図表 1-2-3-5 ロジックモデル
(第3章保健医療及び福祉に係るサービスの提供(脳卒中))

初期目標【取組の結果】	中間目標【取組の方向性】	最終目標【千葉県の目指す姿】													
<p>○【急性期・治療】県内全医療圏で速やかに治療が可能な体制が構築されている。</p> <p>・施策の具体的展開</p> <table border="1" data-bbox="225 439 564 499"> <tr> <th>指標</th> </tr> </table> <p>○効率的な専門医療体制の構築 ーなど3施策</p> <table border="1" data-bbox="225 555 564 730"> <tr> <td>SU(脳卒中専門多職種チーム)がある医療機関数</td> </tr> <tr> <td>脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数</td> </tr> <tr> <td>脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数</td> </tr> </table>	指標	SU(脳卒中専門多職種チーム)がある医療機関数	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数	<p>○【急性期・治療】搬送後に速やかに専門的な治療を行っている。</p> <p>・取組の方向性</p> <table border="1" data-bbox="617 439 957 499"> <tr> <th>指標</th> </tr> </table> <p>○専門的な治療を提供する医療体制が構築される。</p> <table border="1" data-bbox="617 555 957 674"> <tr> <td>脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数</td> </tr> <tr> <td>脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数</td> </tr> </table>	指標	脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数	<p>○脳卒中による死亡が減少される。</p> <p>・千葉県の目指す姿</p> <table border="1" data-bbox="1023 611 1398 730"> <tr> <th>指標</th> </tr> </table> <p>○脳卒中による年齢調整死亡率を減少する。</p> <table border="1" data-bbox="1023 786 1398 904"> <tr> <td>脳血管疾患による年齢調整死亡率(男性)</td> </tr> <tr> <td>脳血管疾患による年齢調整死亡率(女性)</td> </tr> </table> <p>○健康寿命を延伸する。</p> <table border="1" data-bbox="1023 960 1398 1077"> <tr> <td>健康寿命(男性)</td> </tr> <tr> <td>健康寿命(女性)</td> </tr> </table>	指標	脳血管疾患による年齢調整死亡率(男性)	脳血管疾患による年齢調整死亡率(女性)	健康寿命(男性)	健康寿命(女性)	
指標															
SU(脳卒中専門多職種チーム)がある医療機関数															
脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数															
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関数															
指標															
脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数															
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数															
指標															
脳血管疾患による年齢調整死亡率(男性)															
脳血管疾患による年齢調整死亡率(女性)															
健康寿命(男性)															
健康寿命(女性)															
<p>○【回復期】急性期の治療後に質の高い治療を受ける体制が構築されている。</p> <p>・施策の具体的展開</p> <table border="1" data-bbox="225 904 564 965"> <tr> <th>指標</th> </tr> </table> <p>○脳卒中患者に対するリハビリテーション体制の整備 ーなど2施策</p> <table border="1" data-bbox="225 1021 564 1196"> <tr> <td>脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)~(Ⅱ)届出施設数</td> </tr> <tr> <td>脳卒中患者にリハビリテーションを提供している医療機関数</td> </tr> <tr> <td>脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数</td> </tr> </table>	指標	脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)~(Ⅱ)届出施設数	脳卒中患者にリハビリテーションを提供している医療機関数	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	<p>○【回復期】急性期の治療後に質の高い治療を受けられている。</p> <p>・取組の方向性</p> <table border="1" data-bbox="617 904 957 965"> <tr> <th>指標</th> </tr> </table> <p>○リハビリテーションの実施により脳卒中患者の機能が回復する。</p> <table border="1" data-bbox="617 1021 957 1140"> <tr> <td>重症患者回復率</td> </tr> <tr> <td>回復期リハビリテーション病棟における実績指数</td> </tr> </table>	指標	重症患者回復率	回復期リハビリテーション病棟における実績指数	<p>○脳卒中を発症後も健やかに地域で暮らせる。</p> <p>・千葉県の目指す姿</p> <table border="1" data-bbox="1023 1301 1398 1368"> <tr> <th>指標</th> </tr> </table> <p>○脳卒中を発症後も患者が住み慣れた場所で希望する生活を送ることができる。</p> <table border="1" data-bbox="1023 1424 1398 1485"> <tr> <td>在宅等の生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合</td> </tr> </table>	指標	在宅等の生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合				
指標															
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)~(Ⅱ)届出施設数															
脳卒中患者にリハビリテーションを提供している医療機関数															
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数															
指標															
重症患者回復率															
回復期リハビリテーション病棟における実績指数															
指標															
在宅等の生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合															
<p>○【地域生活期(維持期)再発予防・生活の質の向上等】生活期に切れ目のない医療・介護が提供される基盤が整備されている。</p> <p>・施策の具体的展開</p> <table border="1" data-bbox="225 1352 564 1413"> <tr> <th>指標</th> </tr> </table> <p>○医療・介護の多職種連携の促進 ーなど6施策</p> <table border="1" data-bbox="225 1469 564 1888"> <tr> <td>在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数</td> </tr> <tr> <td>機能強化型訪問看護ステーション数</td> </tr> <tr> <td>在宅医療・介護連携の推進に取り組む市町村の研修会参加者数</td> </tr> <tr> <td>在宅患者訪問診療(居宅)実施歯科診療所数</td> </tr> <tr> <td>居宅療養管理指導実施薬局数(介護予防居宅療養管理指導含む)</td> </tr> <tr> <td>在宅療養後方支援病院数</td> </tr> <tr> <td>入退院支援を実施している診療所数・病院数</td> </tr> </table>	指標	在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数	機能強化型訪問看護ステーション数	在宅医療・介護連携の推進に取り組む市町村の研修会参加者数	在宅患者訪問診療(居宅)実施歯科診療所数	居宅療養管理指導実施薬局数(介護予防居宅療養管理指導含む)	在宅療養後方支援病院数	入退院支援を実施している診療所数・病院数	<p>○【地域生活期(維持期)再発予防・生活の質の向上等】生活期に切れ目のない医療・介護が提供されている。</p> <p>・取組の方向性</p> <table border="1" data-bbox="617 1352 957 1413"> <tr> <th>指標</th> </tr> </table> <p>○在宅等における生活期に切れ目のない医療・介護が提供されている。</p> <table border="1" data-bbox="617 1469 957 1610"> <tr> <td>入退院支援実施件数</td> </tr> <tr> <td>脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数</td> </tr> </table>	指標	入退院支援実施件数	脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数	<p>(補助指標)</p> <table border="1" data-bbox="1023 1603 1398 1776"> <tr> <td>平均寿命と健康寿命の一年あたりの伸び (平均寿命H22~R2) (健康寿命H22~R3)</td> </tr> <tr> <td>脳血管疾患(脳卒中を含む)の患者数</td> </tr> </table>	平均寿命と健康寿命の一年あたりの伸び (平均寿命H22~R2) (健康寿命H22~R3)	脳血管疾患(脳卒中を含む)の患者数
指標															
在宅患者訪問診療実施診療所数・病院数															
機能強化型訪問看護ステーション数															
在宅医療・介護連携の推進に取り組む市町村の研修会参加者数															
在宅患者訪問診療(居宅)実施歯科診療所数															
居宅療養管理指導実施薬局数(介護予防居宅療養管理指導含む)															
在宅療養後方支援病院数															
入退院支援を実施している診療所数・病院数															
指標															
入退院支援実施件数															
脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数															
平均寿命と健康寿命の一年あたりの伸び (平均寿命H22~R2) (健康寿命H22~R3)															
脳血管疾患(脳卒中を含む)の患者数															

図表 1-2-3-6 ロジックモデル
(第4章 保健医療及び福祉に係るサービスの提供 (心血管疾患))



図表 1-2-3-7 ロジックモデル（救急搬送）



第3節 循環器対策の総合的かつ計画的な推進について

1 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化

県計画に係る循環器病対策を実効的なものとして、総合的に展開するため、県、市町村、医療機関をはじめ、関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体となって取組を推進します。

循環器病に関する知識の普及啓発等により、循環器病患者及びその家族が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備への理解を図るとともに、相談支援や情報提供を行うことにより、全ての人々が地域、暮らし、生きがいを共に創り高め合う地域共生社会の実現を目指して取り組むことが重要です。

2 計画の推進体制と評価方法

本計画を効果的かつ着実に推進するため、「千葉県循環器病対策推進協議会」において、毎年度、循環器病対策の推進のために必要な事項について協議していきます。

また、今後は各々の施策と解決すべき課題との連関を示すため、施策が目標達成に至るまでを体系的に図式化したロジックモデルを活用し、毎年度、計画の進捗状況や設定した指標の達成状況について評価を行い、課題を更に抽出し、施策の改善に活用していきます。

なお、千葉県循環器病対策推進協議会における議論の状況や、計画の進捗状況については、ホームページ等を通して広く県民に周知を図ります。

県推進計画全体の達成状況については6年ごとに調査、分析、評価及び公表し、循環器病対策推進協議会等の意見を踏まえて、必要に応じて計画を変更します。

3 新型コロナウイルス感染症を踏まえた対策

新型コロナウイルス感染症の重症化のリスク因子として、高齢者、基礎疾患等（心血管疾患、糖尿病、慢性呼吸器疾患、慢性腎臓病、喫煙歴等）が指摘されており、さらに、新型コロナウイルス感染症の合併症として、血栓症を合併する可能性が指摘されています。このため、生活習慣病（※）の早期発見・早期治療は循環器病の予防に資するのみならず、新型コロナウイルス感染症による重症化の防止にもつながります。また、新型コロナウイルス感染症による受診控えが指摘されている中、感染が拡大する局面も見据えて、新型コロナウイルス感染症患者に対する医療を確実に確保することを中心としつつ、それ以外の疾患の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるような医療提供体制の構築が重要です。

このため、新型コロナウイルス感染症に対する医療と、循環器病等のその他の疾患に対する医療を両立して確保することを目指し、適切な医療提供体制の整備を進めます。

（※）「生活習慣病」

食事や運動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が深く関与し、それらが発症の要因となる疾患の総称です。

（出典）厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイト e-ヘルスネット「生活習慣病とは？」より

第4節 千葉県の基礎データ

1 人口構造

(1) 総人口

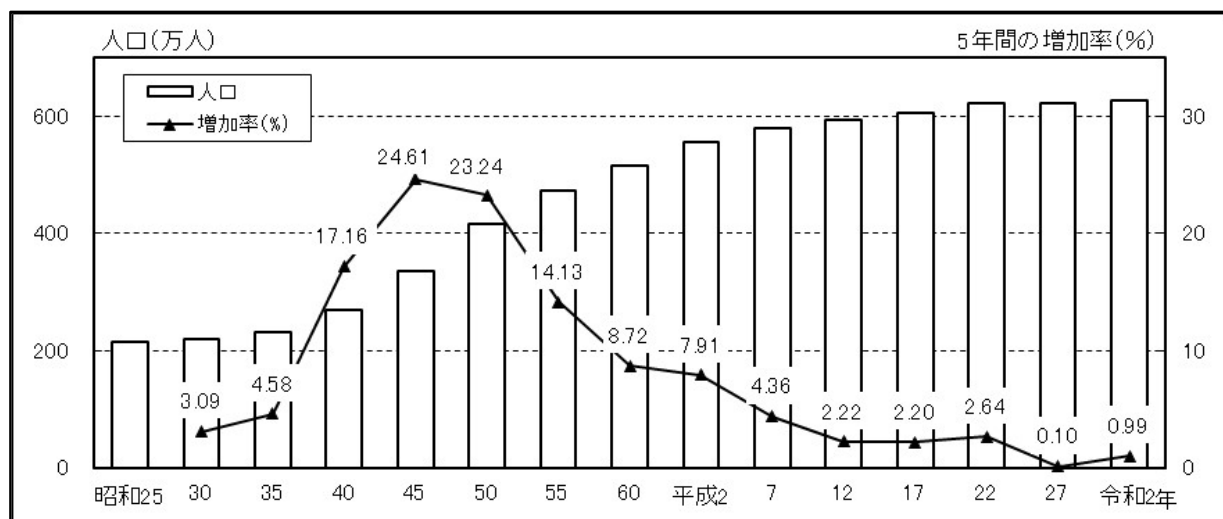
令和2年の国勢調査によると、本県の人口は6,284,480人となり、全国第6位の人口規模の大きさとなっています。

前回調査時(平成27年)よりも全国の人口は0.75%減少しているところ、本県の人口は0.99%増加しており、これは全国第5位の増加率の高さとなっています。

人口集中地区には4,823,612人(構成比76.8%)があり、全国平均(70.0%)に比べると、人口集中地区における人口の占める割合が高くなっています。

人口密度は、1平方キロメートル当たり1,218.5人で全国の人口密度338.2人を大きく上回り、高い順では全国第6位となっています。

図表 1-4-1-1 人口及び人口増加率の推移



資料：「国勢調査(総務省)」を基に作成

(2) 年齢階級別人口

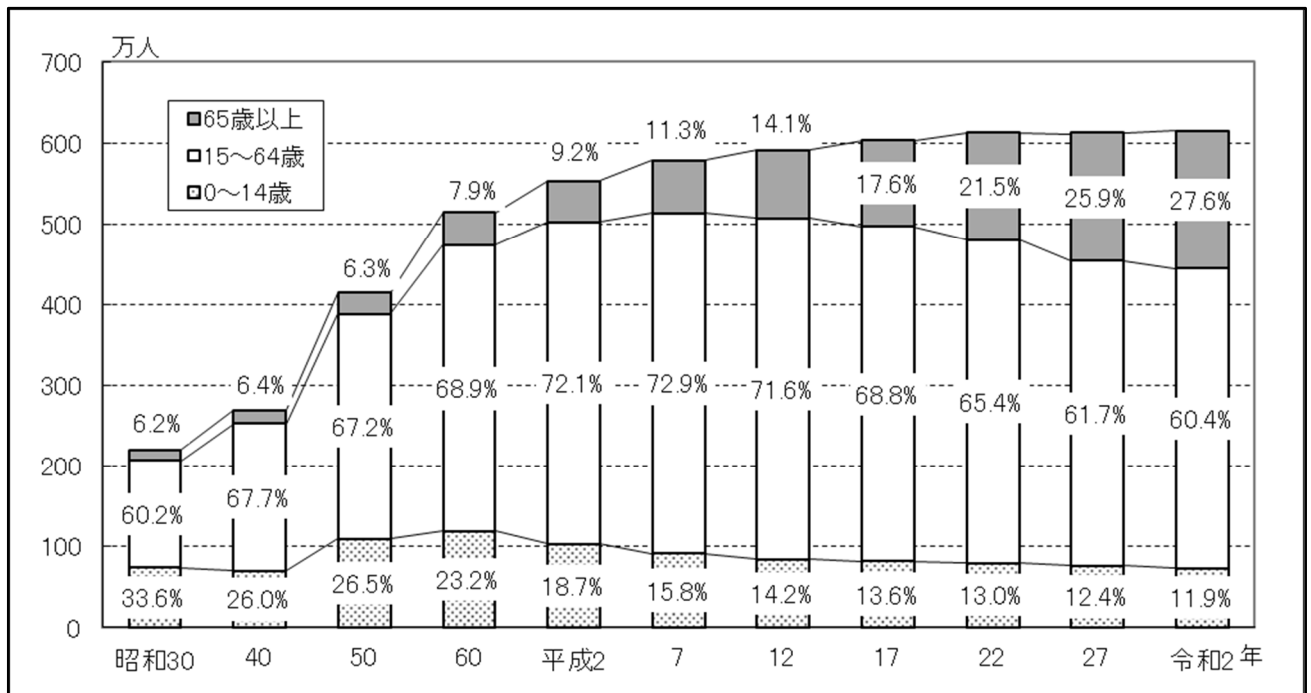
令和2年の国勢調査をもとに本県の人口を年齢により3つに区分してみると、年少人口(0~14歳)は734千人、生産年齢人口(15~64歳)は3,715千人、老年人口(65歳以上)は1,700千人で、総人口(年齢不詳分を除く。)に占める割合は、それぞれ11.9%、60.4%、27.6%となっています。

全国の年齢3区分割合(12.1%、59.2%、28.7%)と比べると、生産年齢人口の割合が若干上回り、年少人口及び老年人口の割合が若干下回っています。

年齢3区分別の人口の割合の推移をみると、年少人口の割合は昭和50年以降一貫して減少しています。また、生産年齢人口の割合は昭和50年以降上昇していましたが、平成7年をピークに減少に転じました。

これに対し、老年人口は昭和50年以降一貫して上昇を続けており、平成17年からは年少人口の割合を上回りました。

図表 1-4-1-2 年齢3区分別人口の割合の推移



※ 年齢3区分別人口については、年齢不詳を除き、構成比は人口総数に対する割合

資料：国勢調査（総務省）

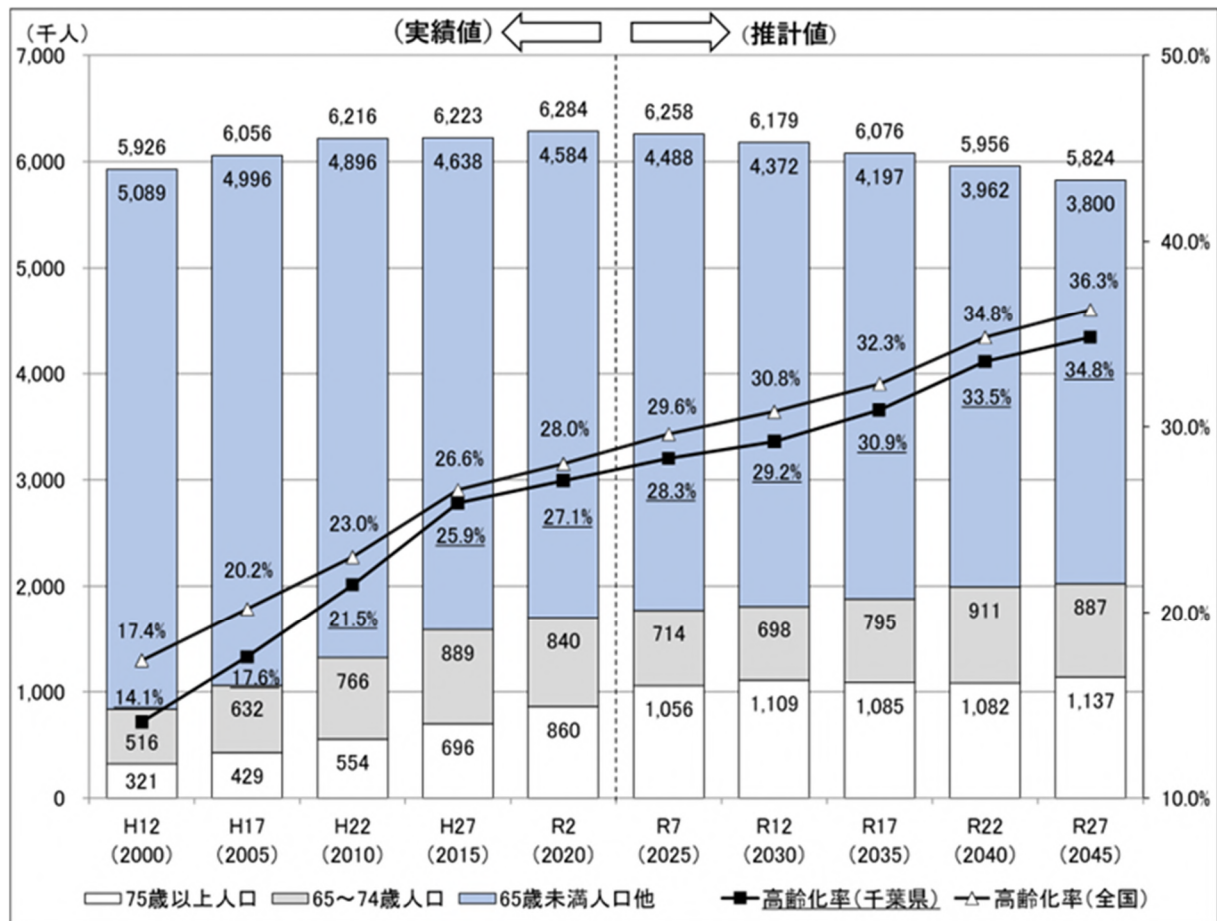
(3) 高齢化

令和2年の本県の総人口は約628万4千人で、平成27年時点より約6万1千人増加していますが、65歳以上の高齢者人口は過去最高の170万人で、平成27年時点より約11万6千人増加しました。

このように、令和2年の本県の高齢化率は27.1%となり、年々全国平均との差は縮まってきています。

また、本県の人口は減少に向かうことが予測されており、令和2年時点の約628万4千人から約63万8千人が減り令和22年に約564万6千人となる一方、65歳以上の人口は令和2年時点の約170万人から約27万3千人増加し197万3千人になると見込まれています。

図 1-4-1-3 千葉県の高齢化の状況の推移



※令和2年(2020年)以前は総務省統計局「国勢調査結果」による実績値。なお、不詳補完後の令和2年(2020年)高齢化率は27.6%。

※令和7年(2025年)～令和27年(2045年)は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」による推計値。四捨五入のため合計は必ずしも一致しない。

図 1-4-1-4 人口及び高齢化率の推移と将来推計(千葉県)

(単位:千人)

	総人口	高齢者人口			高齢化率
		65歳以上	65～74歳	75歳以上	
平成17年(2005年)	6,056	1,060	632(10.5%)	429(7.1%)	17.6%
平成22年(2010年)	6,216	1,320	766(12.5%)	554(9.0%)	21.5%
平成27年(2015年)	6,223	1,584	889(14.5%)	696(11.4%)	25.9%
令和2年(2020年)	6,284	1,700	840(13.4%)	860(13.7%)	27.1%
令和7年(2025年)	6,258	1,770	714(11.4%)	1,056(16.9%)	28.3%
令和12年(2030年)	6,179	1,807	698(11.3%)	1,109(17.9%)	29.2%
令和17年(2035年)	6,076	1,880	795(13.1%)	1,085(17.9%)	30.9%
令和22年(2040年)	5,956	1,994	911(15.3%)	1,082(18.2%)	33.5%
令和27年(2045年)	5,824	2,024	887(15.2%)	1,137(19.5%)	34.8%

※出典等は上記(図1-4-1-3)と同じ。

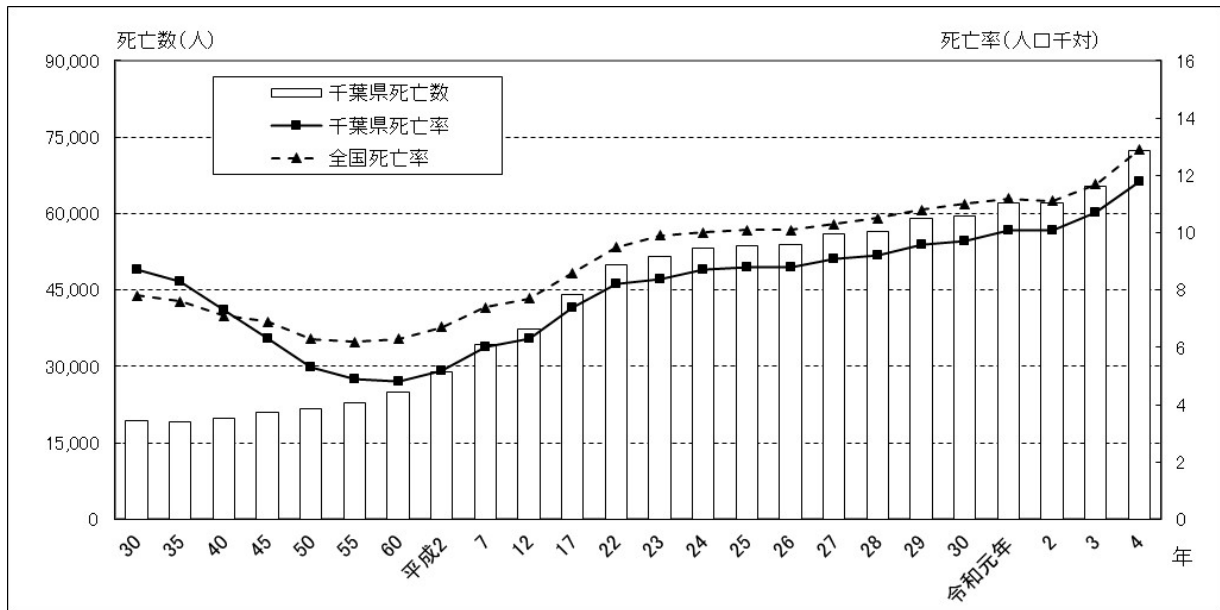
※65～74歳、75歳以上の()内は、総人口に占める割合。

2 死亡数と死亡率の推移（全体）

(1) 死亡数・死亡率（全体）

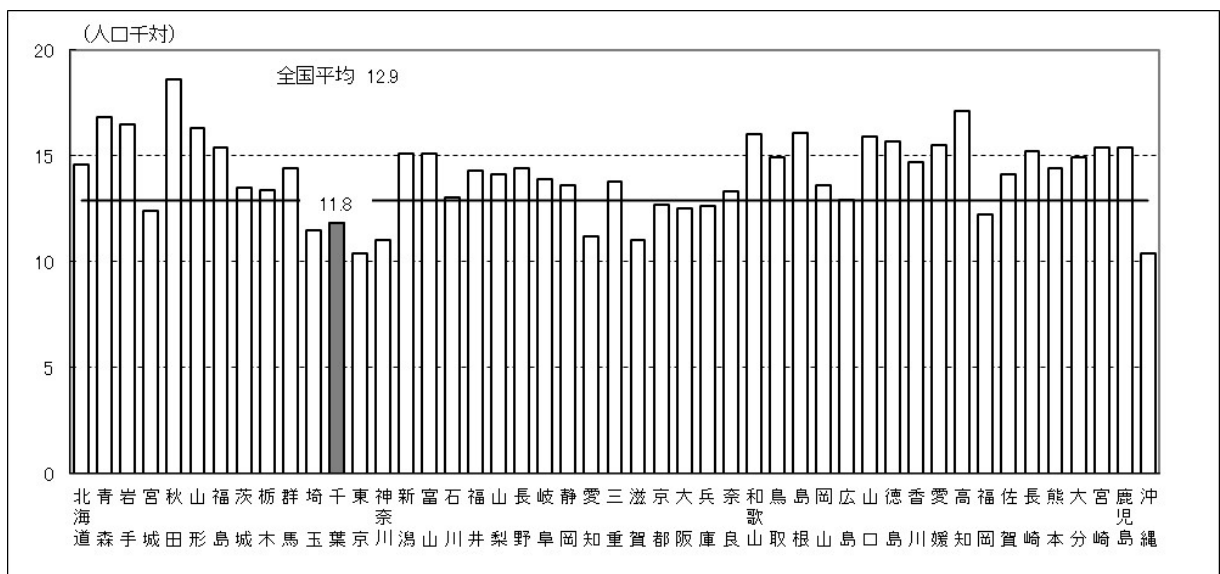
循環器病によるものだけでなく、すべての死因を含めた本県の死亡数は長期的には増加傾向で推移しています。令和4年の死亡数は72,258人で令和3年（65,244人）より7,014人増加しています。令和4年の死亡率（人口千対）では、11.8で全国平均の12.9に対し1.1ポイント低く、高い順では全国第41位と比較的低い順位になっています。

図表 1-4-2-1 死亡数と死亡率の推移



資料：人口動態調査（厚生労働省）

図表 1-4-2-2 都道府県別死亡率



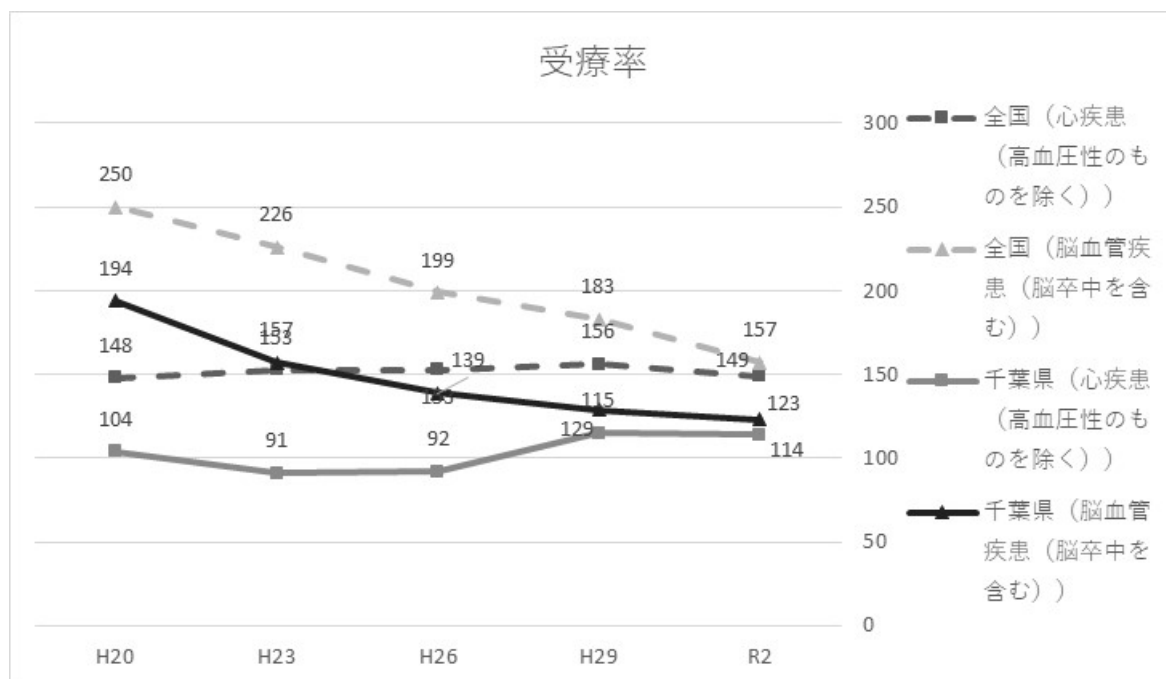
資料：令和4年人口動態調査（厚生労働省）

3 受療率（全体）

(1) 受療率（全症例）

人口規模を調整した上での患者の状況がわかる受療率*（人口10万人対）をみると、全体的には全国・千葉県ともに増減はあるもののほぼ横ばいとなっています。（データの出典は、一部の医療機関を対象とした調査によるものであるため、データの取り扱いには注意が必要です。）

図表 1-4-3-1 受療率（全体）



資料：患者調査（厚生労働省）

4 健康寿命

健康寿命とは、一生のうち、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のことです。

平均寿命と健康寿命の差の期間は日常生活に制限のある期間と言えます。

令和元年の千葉県の健康寿命は男性72.61年、女性75.71年となっています。全国は男性72.68年、女性75.38年であり、千葉県の全国順位は概ね中位であり、男性が27位、女性が21位となっています。

一方で、令和2年度の千葉県の平均寿命は男性81.45年、女性は87.50年となっています。

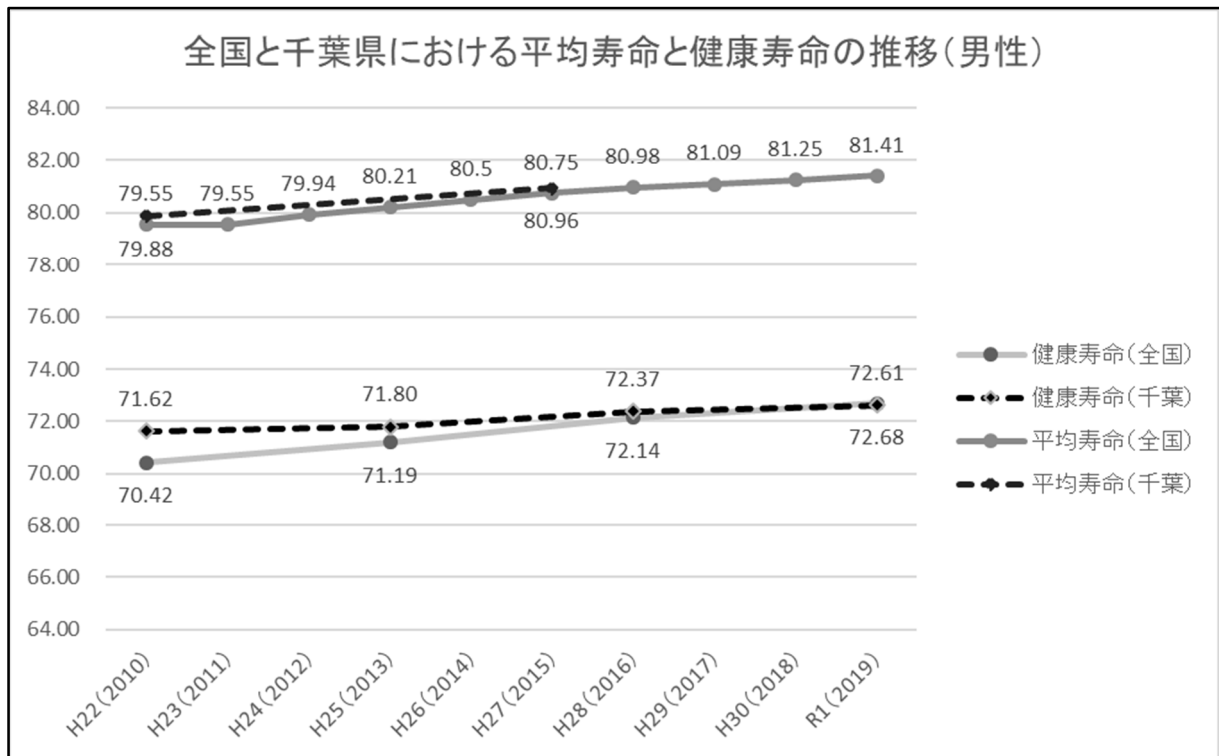
全国平均は男性81.49年、女性87.60年であり、千葉県の全国順位は男性が23位、女性が30位と健康寿命と同様に概ね中位となっています。

全国のデータでは、令和元年度のデータにより平均寿命と健康寿命の差を算定することができ、男性は8.73年、女性は12.07年です。

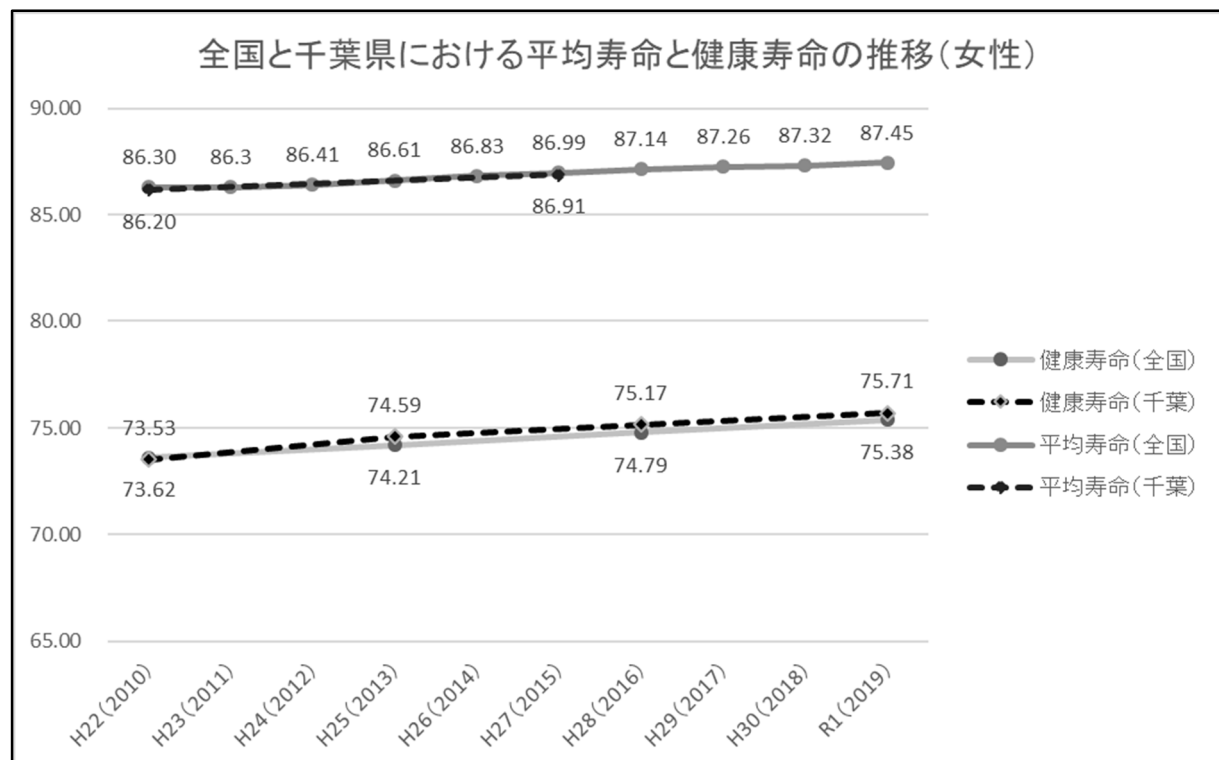
都道府県別データは直近データが平成27年度となりますが、本県での平均寿命と健康寿命の差は男性が8.59年、女性が11.74年です。

平均寿命の延伸が見られる中、健康寿命を延ばしていくことが重要です。

図表 1-4-4-1 全国と千葉県における平均寿命と健康寿命の推移（男性）



図表 1-4-4-2 全国と千葉県における平均寿命と健康寿命の推移（女性）



資料：平均寿命：令和元年千葉県衛生統計年報

健康寿命：厚生労働省「第16回健康日本21（第二次）推進専門委員会」

第5節 千葉県の地域特性

1 二次保健医療圏とは

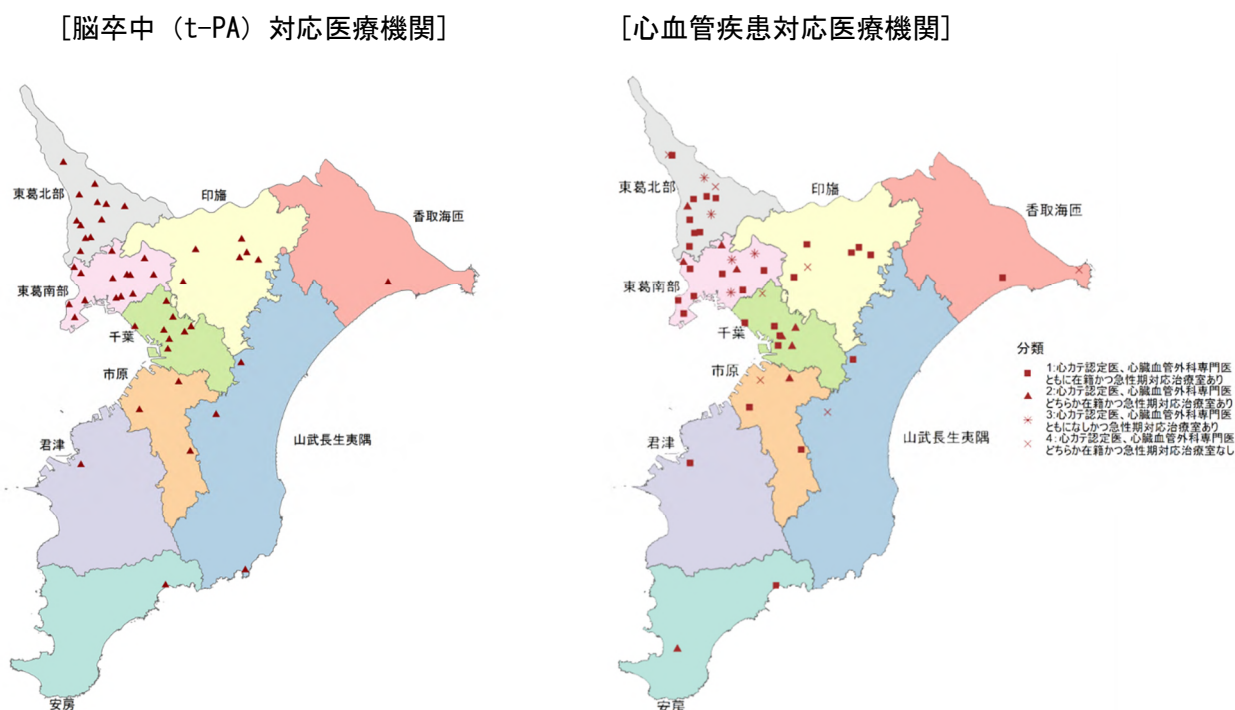
二次保健医療圏とは、医療法第30条の4第2項第12号の規定に基づく区域で特殊な医療を除く病院の病床の整備を図るべき地域的単位として設定するもので、医療機関相互の機能分担に基づく連携による包括的な保健医療サービスを提供していくための圏域です。

設定に当たっては地理的条件及び交通事情等の社会的条件を考慮し、9つの二次保健医療圏を設定しているところです。

2 二次保健医療圏ごとの医療機関の配置

脳卒中及び心血管疾患の救急受入が可能な医療機関の分布は以下のとおりであり、県内の分布には差があります。

表 1-5-2-1 脳卒中及び心血管疾患の救急受入対応医療機関の分布



資料：循環器病対策実態調査

3 二次医療圏ごとの高齢化

千葉県の高齢化の状況は地域ごとに異なっています。既に高齢化が進んでいる地域では高齢化率の推移予測は緩やかに上昇していますが、高齢者数は減少していきま

す。一方で、現時点ではあまり高齢化が進んでいない東京に近い地域では高齢化率も高齢者数も増加が見込まれます。

表 1-5-3-1 総人口の推移（圏域別）

（単位：人）

圏域	令和2年 (2020年)	令和12年 (2030年)	令和22年 (2040年)	令和27年 (2045年)	増減数 (2020→ 2040)	増減率 (2020→ 2040)
千葉	974,951	959,376	929,803	913,633	▲45,148	▲4.6%
東葛南部	1,796,572	1,819,466	1,806,921	1,792,347	10,349	0.6%
東葛北部	1,407,697	1,433,623	1,422,591	1,410,459	14,894	1.1%
印旛	718,337	708,044	675,484	656,459	▲42,853	▲6.0%
香取海匝	262,351	225,038	188,693	170,955	▲73,658	▲28.1%
山武長生夷隅	410,235	365,888	318,974	295,322	▲91,261	▲22.2%
安房	120,093	103,054	88,482	81,665	▲31,611	▲26.3%
君津	324,720	313,538	295,558	285,429	▲29,162	▲9.0%
市原	269,524	250,863	229,289	218,144	▲40,235	▲14.9%
県全体	6,284,480	6,178,890	5,955,795	5,824,413	▲328,685	▲5.2%

※令和2年（2020年）は総務省統計局「国勢調査結果（各年10月1日現在）」による。令和12年（2030年）以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」をもとに作成

表 1-5-3-2 65歳以上の高齢者人口の推移（圏域別）

（単位：人）

圏域	令和2年 (2020年)	令和12年 (2030年)	令和22年 (2040年)	令和27年 (2045年)	増加数 (2020→ 2040)	増加率 (2020→ 2040)
千葉	249,963	274,579	315,500	322,523	65,537	26.2%
東葛南部	408,564	445,398	528,949	551,118	120,385	29.5%
東葛北部	370,784	395,786	447,673	462,942	76,889	20.7%
印旛	203,814	220,532	236,750	238,462	32,936	16.2%
香取海匝	93,431	91,796	85,781	80,567	▲7,650	▲8.2%
山武長生夷隅	147,498	149,557	146,708	140,525	▲790	▲0.5%
安房	50,365	46,781	43,058	40,685	▲7,307	▲14.5%
君津	96,911	100,199	104,359	104,004	7,448	7.7%
市原	78,661	82,338	84,873	83,294	6,212	7.9%
県全体	1,699,991	1,806,966	1,993,651	2,024,120	293,660	17.3%

※令和2年（2020年）は総務省統計局「国勢調査結果（各年10月1日現在）」による。令和12年（2030年）以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」をもとに作成

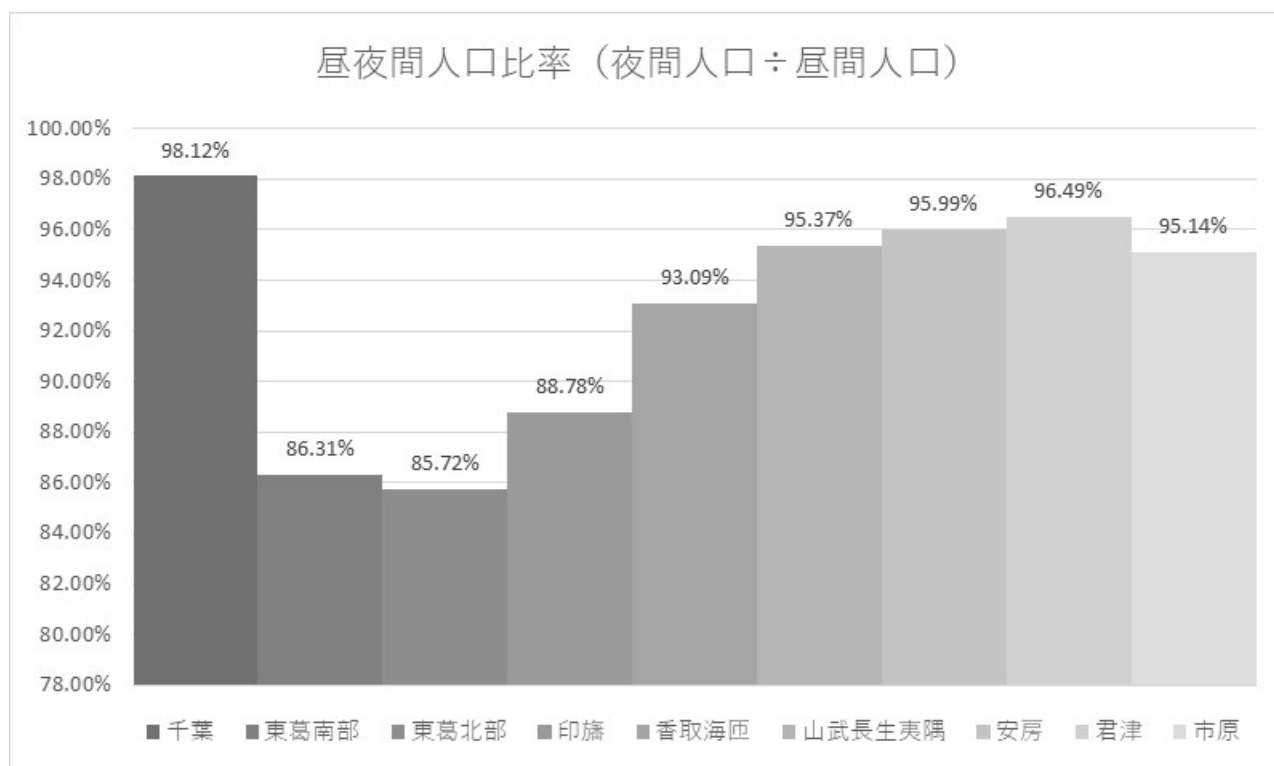
4 昼夜間人口比率

千葉県の昼間人口と夜間人口の差は、地域ごとに異なる特徴があります。

二次保健医療圏毎では、東葛南部・東葛北部では20万人ほどの昼夜の差があります。多くの人が東京都内をはじめとした他の二次保健医療圏に通勤・通学などで移動するため、昼間の人口は少なくなっています。

一方、千葉保健医療圏では、他の地域への流出があるものの、県内の他市町村からの流入もあるため、東葛南部・東葛北部と比べ、昼間人口と夜間人口の差があまり大きくありません。

表 1-5-4-1 昼夜間人口比率



資料：令和2年国勢調査 従業地・通学地集計 従業地・通学地による人口・就業状態等集計

(総務省統計局)